

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-99. — N° 87.

DU TRAITEMENT

DES

TUMEURS DE LA RÉGION SUPÉRIEURE

DE LA VESSIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 24 Janvier 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Michel DELBRU

Né le 17 Juillet 1875, à Castelsarrasin (Tarn-et-Garonne).

Élève de l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Janvier 1899

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-99. — N° 87.

DU TRAITEMENT

DES

TUMEURS DE LA RÉGION SUPÉRIEURE

DE LA VESSIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 24 Janvier 1899

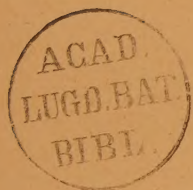
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Michel DELBRU

Né le 17 Juillet 1875, à Castelsarrazin (Tarn-et-Garonne).

Élève de l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Janvier 1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{ MM. LÉPINE.
	BONDET.
Cliniques chirurgicales.	{ OLLIER.
	PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales.	PIERRET.
Physique médicale.	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie.	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique.	FLORENCE.
Zoologie et Anatomie comparée.	LORTET.
Anatomie.	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.	RENAUT.
Physiologie.	MORAT.
Pathologie interne.	TEISSIER.
Pathologie externe.	AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET.
Anatomie pathologique.	TRIPPIER.
Médecine opératoire.	POLLOSSON (M.)
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Hygiène.	BARD.
Thérapeutique.	SOULIER.
Pharmacie.	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes.	LAROYENNE.
---	------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	WEILL, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS, agrégé.
Accouchements.	POLLOSSON (A.) —
Botanique.	BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	ROLLET.	DURAND.	PAVIOT.
CONDAMIN.	ROUX.	DOYON.	NOVÉ-JOSSERAND
COURMONT.	COLLET.	BARRAL.	BERARD.
DEVIC.	BOYER.	MOREAU.	BORDIER.
POLLOSSON (A.)	VALLAS.	PIC.	SANBUC.
ROCHET.	SIRAUD.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, *Président* ; M. POLLOSSON (M.), *Assesseur* ;
MM. ROCHET et ROLLET, *Agrégés*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

AVANT-PROPOS

La première cystectomie a été faite en 1884 par Sonnenburg. Elle fit naître de grandes espérances et l'on crut un instant être en possession d'un moyen de guérison définitive des cancers de la vessie. Ces espérances ne se sont pas confirmées et, aujourd'hui encore, pour les néoplasmes malins, les opérations palliatives sont préférables aux tentatives de cure radicale. Cependant, si l'on s'en tient à la moitié supérieure de la vessie, beaucoup de raisons militent en faveur d'une chirurgie plus hardie que celle du bas-fond. Il est vrai que la statistique brute des résultats obtenus semble ne pas confirmer cette donnée, et au premier abord la proportion de mortalité et de récidives après la cystectomie est aussi élevée pour le sommet de la vessie que pour le reste de l'organe.

Nous croyons que ce désaccord entre la théorie et la pratique n'est qu'apparent et que les causes de mortalité et de récidive peuvent, dans une certaine mesure, être

évitées. Dans ce modeste travail, nous avons essayé de répondre à la question suivante :

Quelles sont les indications et quelle est la valeur de la cystectomie dans le traitement des tumeurs de la région supérieure de la vessie.

Dès notre arrivée à l'Université de Lyon, nous avons été inscrit comme stagiaire dans le service de M. le professeur Poncet ; nous y sommes volontairement demeuré les années suivantes, séduit par la clarté et le côté pratique des cliniques du Maître. M. le professeur Poncet nous fait aujourd'hui le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, nous lui en exprimons notre vive reconnaissance.

M. le professeur agrégé Bérard a droit aussi à nos remerciements. Il nous a donné l'idée première de ce travail et nous avons trouvé en lui encouragement et bienveillant accueil. Il nous a évité bien des erreurs, et si nous ne présentons pas une œuvre meilleure à nos juges, c'est que, pressé par le temps, nous n'avons pu suivre entièrement ses conseils.

Nous remercions également nos chefs de l'Ecole militaire à qui nous devons les premiers éléments de médecine.

Enfin, nous ne pouvons oublier nos camarades de promotion. Quelques-uns surtout, qui voudront bien se reconnaître dans ces lignes, ont pris part, malgré la différence de nos caractères, à nos joies et à nos tris-

tesses. Leur amitié nous a aidé à passer bien des moments difficiles et, particulièrement, elle ne nous a pas fait défaut dans les circonstances pénibles qui ont marqué cette fin d'études.

M. D.

DU TRAITEMENT
DES
TUMEURS DE LA RÉGION SUPÉRIEURE
DE LA VESSIE

CHAPITRE PREMIER

IDEES ACTUELLES SUR LE TRAITEMENT DES
TUMEURS DE LA VESSIE

Deux catégories de traitement sont en usage contre les tumeurs de la vessie : le traitement curatif et le traitement palliatif.

Traitement curatif. — Le traitement curatif consiste dans l'extirpation totale du néoplasme, en réséquant au besoin une portion de la paroi environnante ou même le réservoir urinaire en son entier. De là trois procédés : extirpation simple, cystectomie totale, cystectomie partielle.

L'extirpation simple se fait soit par les voies naturelles, soit après la taille. Chez la femme Simon préconisa l'extirpation avec les doigts ou avec les pinces, à travers l'urètre dilaté. C'est là un procédé aveugle qui a causé des accidents graves et abandonné à juste titre. Pour

remédier à ce défaut, Boisseau du Rocher, en France, et Nitze, en Allemagne, ont associé la cystoscopie aux pinces d'arrachement en faisant construire divers instruments connus sous le nom de cystoscopes-opérateurs. Peu répandu chez nous, ce procédé est, paraît-il, assez employé en Allemagne. Quelle que soit d'ailleurs la sécurité qu'il donne au point de vue opératoire, il ne peut prétendre à entrer dans la catégorie des interventions curatives. C'est tout au plus un palliatif.

Pour l'extirpation après la taille, diverses voies d'approches de la vessie ont été proposées. Disons sans insister que Guyon emploie une incision longitudinale, Trendelenburg une incision horizontale et qu'enfin Helferich ajoute à l'incision des parties molles la résection de la portion supérieure des pubis. Ces trois méthodes nous paraissent répondre à tous les besoins et nous laisserons de côté les tailles périnéales, la taille vésico-vaginale de Simon, la *sectio alta subpubica* de Langenbuch et enfin l'incision cruciale de Koch.

Cependant on nous permettra de signaler un procédé proposé récemment par Desnos, de Bordeaux, et qui réunit les avantages de la taille longitudinale et de la taille transversale sans en avoir les inconvénients. Dans les interventions pour grosses tumeurs, l'incision longitudinale donne une place parfois insuffisante, et celle de Trendelenburg qui donne beaucoup de jour expose le malade aux éventrations. Desnos propose de faire d'abord une incision longitudinale qu'il prolonge jusqu'à 1 centimètre au-dessus de la verge, et sur laquelle viennent

¹ *Annales des org. gén. urin.*, 1896.

tomber presque perpendiculairement deux incisions latérales, cutanées. Puis au lieu de sectionner les muscles abdominaux au milieu des fibres charnues, comme le fait Audry¹, de Toulouse, il détache à la rugine la portion de périoste qui donne insertion aux droits. Il obtient ainsi beaucoup de jour et ne compromet pas la solidité de la paroi.

Quel que soit le manuel adopté, la vessie étant ouverte et la tumeur reconnue, on pédiculise cette dernière et on l'extirpe en sectionnant tout autour la muqueuse.

On ne peut agir ainsi qu'avec des tumeurs pédiculisables et n'ayant pas encore infiltré la musculieuse. S'il y a déjà infiltration, on est obligé de recourir à la cystectomie.

La première cystectomie partielle fut faite en 1884 par Sonnenburg qui enleva toute la vessie sauf le col, le trigone et les uretères. Le malade mourut, mais à l'autopsie on put constater la formation d'une nouvelle cavité vésicale, limitée par le péritoine et susceptible d'augmentation. La possibilité de l'opération fut ainsi établie.

La cystectomie est dite intra-péritonéale lorsqu'on ouvre le péritoine ; sous péritonéale, si on le décolle, de dedans en dehors lorsque, suivant le conseil de Guyon, on attaque la vessie par sa face interne. Nous écarterons la résection par le périnée, peu commode au point de vue opératoire, et la résection après symphysectomie, comme compromettant sérieusement la marche et ne devant être faite qu'à la dernière extrémité.

La cystectomie totale est de date beaucoup plus récente :

¹ *Ann. provinc. de Chirurgie*, 1897.

la première fut faite par Bardenheuer en 1887. Auparavant, de nombreuses expériences avaient eu lieu : celles de Gluck et Zell en 1881, de Paoli et Jusacchi en 1888, de Tizzoni et Poggi en 1888¹. Il est inutile d'en rapporter le détail ; voici seulement les conclusions des expérimentateurs :

1^o Sur le cadavre, l'ablation totale de la vessie est possible sans léser le péritoine et les uretères peuvent être abouchés soit dans le rectum, soit à l'abdomen, soit à l'urètre ;

2^o Sur le vivant, pour que l'opération réussisse, il ne faut pas aboucher les uretères dans le rectum.

La clinique a depuis confirmé ces données.

Traitement palliatif. — Ses prétentions sont beaucoup plus modestes. Il ne s'agit plus de guérir définitivement le malade et prévenir la récurrence, mais bien de le soulager et lui permettre d'attendre l'issue fatale le plus tard possible et sans trop de souffrances.

La meilleure des opérations palliatives est la taille hypogastrique suivie de grattage et cautérisation de la tumeur. Elle met un terme aux souffrances, procure une survie parfois très longue et donne au malade l'illusion de la guérison.

Mais si l'affaiblissement de l'état général est tel que cette intervention soit dangereuse, il faut alors avoir recours à une pratique d'une gravité moins haute et qui mettra cependant la vessie au repos : la cystostomie sus-pubienne de M. le professeur Poncet.

¹ Albarran, *Tumeurs de la vessie*.

Voici donc en présence les deux méthodes. Quelle en est la valeur ? Cette notion acquise, nous nous demanderons si elle reste vraie dans le cas particulier des tumeurs de la région supérieure.

Il convient de distinguer les tumeurs bénignes des tumeurs malignes. Sans doute on objectera que la distinction est difficile à faire d'une façon absolue ; que certains papilomes peuvent amener une mort rapide par cachexie urinaire et hémorragie, tandis que des cancers peuvent évoluer pendant de longues années et qu'enfin il n'est pas rare de voir des polypes vésicaux se transformer sur place en épithéliome et prendre subitement une marche accélérée. Tout cela est excellent en théorie néanmoins il reste vrai que la division en tumeurs bénignes et malignes est très utile en clinique et que, d'une façon générale, certaines néoformations ont moins que d'autres une tendance à la généralisation et à la récurrence.

Tumeurs bénignes. — Albarran¹ a donné, en 1891, la statistique suivante :

Polypes traités par la taille hypogastrique et l'ablation simple : 48,

Guérisons	36
Morts	3
Récidives	9

soit une mortalité de 6, 80 pour 100 et 20 pour 100 de récurrence. « Or, ces récurrences de polypes, dit le même auteur, se font presque toujours sous forme d'épithélioma siégeant à l'endroit même où se trouvait le polype primitif. Parfois,

¹ *Tumeurs de la vessie.*

c'est dans une autre partie de la vessie que la nouvelle tumeur s'est développée... La récurrence sur place nous enseigne combien doit être large notre intervention... et je déduirai comme conséquence qu'il faut extirper largement, bien au delà du pédicule, la muqueuse vésicale aux alentours d'une tumeur de la vessie. Quant à la récurrence se faisant dans une autre portion de la muqueuse vésicale, elle doit nous engager à pratiquer soigneusement l'examen de toute la surface interne de la vessie et à extirper tous les points suspects. »

Les conseils d'Albarran furent entendus et, trois ans après (1895), Cladô¹ publiait des résultats très encourageants. La mortalité opératoire n'avait pas augmenté, quoique l'intervention fût devenue plus large. Quant aux récurrences, elles passaient de 20 à 14 pour 100.

En 1897, Albarran² faisait connaître six nouveaux cas de papillomes traités par la résection de la muqueuse et, au besoin, par celle de la paroi entière : *il n'y a pas eu de récurrence.*

Nous ne connaissons pas d'autre statistique au sujet des tumeurs bénignes, mais celles-ci nous paraissent suffisantes. Si l'on considère que la mortalité opératoire va s'affaiblissant de plus en plus à mesure que se précise la technique chirurgicale et que, d'un autre côté, les tumeurs bénignes quelques longues que soit leur évolution ne guériront pas spontanément et finiront par mettre en danger le malade, on n'hésitera pas à adopter la conduite suivante : « Dans le cas de tumeur bénigne de la vessie, même à

¹ *Traité des tumeurs de la vessie.*

² *Ann. des org. génit. urin.*

marche silencieuse, mieux vaut intervenir que s'abstenir. On enlèvera largement la muqueuse vésicale qui entoure le néoplasme et, pour peu que le pédicule adhère aux tissus sous-jacents, on fera la résection de la paroi. »

Tumeurs malignes. — La question est beaucoup moins claire s'il s'agit de tumeurs malignes. Naguère encore, la faveur était aux interventions palliatives. Dans une excellente thèse¹, due à l'inspiration de M. le professeur agrégé Rochet, notre camarade Fink en a donné les raisons. Voici quelle était son argumentation :

1° L'opération palliative donne 37 pour 100 de mortalité immédiate et 63 pour 100 de guérisons, tandis que la cystectomie partielle fournit 39 pour 100 de mortalité et 61 pour 100 de guérisons. Les statistiques étant choses variables entre certaines limites, la valeur des deux opérations est égale. Cependant, si l'on réfléchit que l'opération palliative a été surtout employée chez des sujets dont l'état général était mauvais, on pourra admettre en sa faveur une réelle supériorité. Quant à la cystectomie totale, on ne compte que deux guérisons chez la femme ; chez l'homme, tous les opérés sont morts.

2° Le calcul de la survie moyenne donne une durée de quatorze mois pour le traitement palliatif et de sept mois pour le traitement curatif. Ce dernier chiffre est plus élevé dans le cas de tumeurs du sommet.

3° C'est la résection intra-péritonéale qui a fourni le plus d'insuccès ;

¹ Lyon, 1896.

Aussi l'auteur formule-t-il des conclusions défavorables à la cure radicale.

A la même époque, une thèse analogue était soutenue à Bordeaux, par Lucciardi.

Actuellement, la mode paraît quelque peu changer : Forgue et Reclus, dans leur édition de 1898, sont presque résectionnistes ; Albarran, encore hésitant en 1891, est devenu plus affirmatif. Il y a une tendance à opérer de façon hâtive et sans donner au néoplasme le temps de montrer, par son évolution, s'il est de bonne ou mauvaise nature.

« Un ensemble de raisons y concourt, disent Forgue et Reclus¹. D'abord et avant tout progrès, la cystoscopie, en nous révélant la présence et le siège des tumeurs, a substitué un diagnostic de certitude à un diagnostic de probabilité.

« La présence du néoplasme ainsi établie par la constatation visuelle, pourquoi différer. Quand il s'agit d'une néoplasie maligne, l'avantage d'une éradication précoce est sans conteste. Les chances de l'éradication totale se subordonnant à l'étendue de l'invasion néoplasique, germe de récidives, de même qu'il faut empêcher ces greffes épidermiques, amorce de tumeurs nouvelles qui se produisent au niveau où la portion saillante de papillomes suspects en choux-fleurs, prend contact avec la muqueuse.

« Autre argument en faveur de la précocité de l'interdiction, c'est la diminution de la gravité de la tumeur hypogastrique appliquée aux néoplasmes.

« De plus, notre technique a reçu d'importants perfectionnements ; le plan incliné, l'éclairage vésical, l'outillage propre à l'ablation des tumeurs la résection de la paroi, les règles de la suture vésicale sont autant de progrès qui ont amélioré nos statistiques. »

¹ *Thérapeutique chirurgicale*, édit. 1898.

Il n'est pas jusqu'à l'état général lui-même, jadis considéré comme une courte indication formelle de la cure radicale, qui n'ait diminué d'importance. Si un malade est trop faible, on le met au repos absolu, et avec une sonde à demeure et de fréquents lavages de la vessie, on le remonte suffisamment pour supporter une grande intervention.

C'est ainsi que, dans notre observation XVII, nous voyons un homme arrivé presque mourant dans le service de Véliaminoff, retrouver les forces nécessaires et guérir d'une résection étendue de la vessie. Mais, malgré ces moyens, l'opération demeurerait encore hasardeuse, si, depuis quelques années, une thérapeutique puissante n'était venue permettre de relever des sujets très gravement atteints, nous voulons parler du sérum artificiel. Voici sur ce point une observation très caractéristique due à Albarran¹ :

« C'est un homme de soixante ans, chez qui j'avais diagnostiqué un épithéliome de 4 centimètres de diamètre siégeant sur la paroi latérale gauche. Des hémorragies abondantes et de longue durée avaient affaibli ce malade qui entra à l'hôpital avec de l'œdème cachectique, la sonde à demeure n'avait pas diminué le saignement et, comme je voyais les forces diminuer de jour en jour, j'avais décidé la veille d'intervenir quand même. Le lendemain, j'apprends que le malade avait eu une syncope en s'asseyant dans le lit et, le trouvant trop faible pour supporter l'opération, je décidai de le soigner encore avant d'intervenir. On remit la sonde à demeure et l'on fit,

¹ *Annales des org. gén. urin.*, 1897.

pendant plusieurs jours de suite, de grandes injections sous-cutanées de sérum artificiel. Dix jours après, le malade me parut en assez bon état, et vous m'avez vu pratiquer chez lui une large résection qui a été très bien supportée. »

Cette conception nouvelle du traitement des tumeurs de la vessie ne paraît pas devoir être admise sans conteste. Dans un très récent article, Wendel a réuni tous les cas de cystectomie publiés depuis l'origine et il est arrivé au total de 67. L'analyse de la mortalité opératoire et de la survie obtenue l'a amené à porter la conclusion suivante qui nous paraît devoir être adoptée :

« Les résultats donnés par les opérations radicales faites jusqu'ici ne sont pas très encourageants et ne sont guère supérieurs à ceux fournis par le traitement palliatif. La cause en est due à ce que ces interventions sont relativement nouvelles et qu'un grand nombre de malades ont été opérés chez qui on ne pouvait espérer aucun succès. A l'avenir, l'opération radicale devra être faite d'une façon plus précoce et ses indications moins étendues. Dans ces conditions, les résultats deviendront meilleurs ¹. »

¹ Wendel, *Beiträge zur klin. Chir.*

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Depuis que la cystectomie partielle est en usage, la moitié supérieure de la vessie a été regardée comme le lieu d'élection de cette opération. Le premier cas, celui de Sonnenburg, concernait un épithéliome siégeant à la partie supérieure de la face antérieure, et de tout temps, même les partisans les plus convaincus du traitement palliatif, ont paru faire des réserves pour cette région anatomique. Déjà, en 1883, Basy¹ écrivait : « Si la tumeur siégeait sur la face antéro-supérieure ou même sur les faces latérales, je n'hésiterais pas à faire une perte de substance dans la vessie. »

Forgue et Reclus, encore un peu indécis en 1892, sur la thérapeutique à instituer, professaient des idées semblables, disaient que « la résection de la vessie serait réalisable, si la face antérieure et le sommet étaient moins exceptionnellement atteints ». Enfin, plus près de nous (1896), Lucciardi² adoptait les opinions précédentes, fait significatif chez un élève de Pousson, l'apôtre du traitement palliatif.

¹ *Ann. des org. gén. urin.*, 1883.

² Thèse de Bordeaux, 1896.

Notre intention n'est pas d'exposer dans ce chapitre l'anatomie pathologique complète des tumeurs de la vessie, mais seulement les raisons qui ont conduit les chirurgiens à envisager de cette façon spéciale le traitement des néoplasmes du couvercle.

Supposons la vessie divisée en deux parties, l'une inférieure, l'autre supérieure, par un plan qui passerait au-dessus du bas-fond et du col. La moitié inférieure est en rapport intime avec deux organes importants : la prostate et les vésicules séminales. Les vésicules séminales sont assez rarement intéressées par les cancers de la vessie, mais il n'en est pas de même de la prostate. Schuchardt a prétendu que tous les néoplasmes malins de la base de la vessie étaient propagés de la prostate ; il y a là une exagération évidente ; cependant elle montre combien sont nombreux les cas où ces deux organes sont tous les deux atteints. Première difficulté qui tend à faire rejeter la résection du bas-fond.

Une deuxième est la présence des orifices des uretères et de l'urètre. On sait combien la cachexie urinaire aggrave la marche des néoplasmes vésicaux.

Dans la production de cette cachexie urinaire, le siège du néoplasme joue un grand rôle : tantôt c'est un polype pédiculé qui, inséré près du col, vient obturer pendant la miction l'orifice de l'urètre et déterminer ainsi une certaine stase de l'urine, cause fatale de cystite, complication dont l'expérience a appris à connaître toute la gravité ; tantôt, au contraire, c'est une tumeur fixée près des uretères et qui les comprime, expliquant les accidents de sclérose, d'hydronéphrose et de néphrite qui affaiblissent l'état général et mettent le malade dans l'impossibilité de

résister au choc opératoire. L'importance de ces conditions mécaniques est telle qu'elles peuvent imprimer à de simples papillomes les allures d'une tumeur maligne.

Les tumeurs du sommet, éloignées des orifices, sont moins hâtives à produire cette cachexie spéciale ; et lorsque les malades se présentent au médecin poussés par de l'hématurie et de la cystite, on peut du moins compter sur l'intégrité des voies urinaires supérieures, qui permet une intervention d'une certaine gravité.

Non seulement la présence des uretères au voisinage d'une tumeur constitue une aggravation du pronostic, mais encore ils créent au chirurgien une grosse difficulté. S'il faut réséquer leur extrémité vésicale, on ne sait véritablement que faire, chez l'homme, de la portion restante. L'abouchement dans le rectum n'a donné que des déboires ; la suture à la paroi abdominale cause une infirmité pénible du malade, et l'implantation à un lambeau vésical n'est pas toujours possible si l'on a affaire, comme il n'est pas exceptionnel de le voir, à des uretères néoplasiques ou nécrosés sur une certaine longueur.

C'est pour tous ces motifs que la cystectomie de la région urétrale est une pratique grave, et Wendel, dans la statistique rapportée plus haut, a pu montrer que, dans les résections partielles de la vessie, il s'agissait, pour la moitié des cas de mort, de résection des uretères.

Au contraire, dans la moitié supérieure de la vessie, rien ne vient contrarier l'opérateur. Comme dépendance, on n'y trouve que l'ouraque, cordon fibreux sans valeur et dont l'ablation n'aurait aucune importance physiologique.

Un seul danger paraît à craindre, c'est l'infection du

péritoine et la péritonite consécutive. Examinons les rapports du péritoine avec la face supérieure de la vessie.

Le péritoine la recouvre tout entière, formant en arrière le cul-de-sac vésico-rectal chez l'homme ; le cul-de-sac vésico-utérin chez la femme ; en avant, il descend derrière les pubis formant, lorsque la vessie est pleine, le cul-de-sac péritonéal antérieur. Vessie et péritoine sont unis par du tissu cellulaire lâche et facile à détacher, sauf en un point, exactement au sommet, autour de l'insertion de l'ouraque. A ce niveau, les adhérences sont très intimes.

Il faut ajouter que, dans le cas de néoplasme du sommet, ces adhérences sont beaucoup plus étendues, que le tissu péritonéal est beaucoup plus friable. Par là on ne fait pas allusion seulement à l'infection cancéreuse du péritoine — phénomène qui, le plus souvent, n'a lieu qu'à une époque assez avancée — mais encore à cette péricystite adhésive, inflammation banale, sorte de défense naturelle de l'organisme contre l'invasion morbide qui se produit dans les premiers temps de la maladie. On conçoit toute l'importance de cette constatation : si le chirurgien, non prévenu, tire sur le péritoine pour le détacher de la vessie, il risque de causer des déchirures d'autant plus dangereuses qu'elles peuvent passer inaperçues. Nous en citons plus loin un exemple (obs. XIII).

Est-ce à dire que, dans ces conditions, la résection en dehors du péritoine est impossible ? Telle n'est pas notre pensée, et nous croyons qu'il est encore possible de se mettre à l'abri de la péritonite par une manœuvre qui a toujours réussi jusqu'ici, et qui a été employée avec succès par M. Bérard chez le malade dont il a bien voulu

nous communiquer l'observation. Nous y reviendrons dans le dernier chapitre.

Enfin, troisième point sur lequel doit se porter l'attention et qui paraît résulter de la lecture des observations :

On sait que l'existence de lymphatiques vésicaux, niée par Sappey, a longtemps été mise en doute. Aujourd'hui, l'hésitation n'est plus possible : il y a des lymphatiques dans la vessie. M. et M^{me} Hoggan les premiers les ont décrits et, depuis, Albarran et Lluria¹ en ont fait de très belles injections au nitrate d'argent. Les préparations montrent que ces vaisseaux, très nombreux au niveau de la base, deviennent de plus en plus rares à mesure qu'on s'élève sur les parois, sans toutefois arriver à manquer tout à fait. La conséquence immédiate de ceci est la diminution des chances de récurrence.

La propagation des cancers de la vessie se fait par continuité, par contiguïté et par voie lymphatique; cette dernière se traduit par l'engorgement des ganglions placés le long des vaisseaux hypogastriques, comme l'avait montré Albarran et comme vient encore de le confirmer Gerota². Ces adénites des vaisseaux lymphatiques n'ayant pas été systématiquement cherchées ont passé inaperçues, mais elles paraissent fréquentes. Albarran les a notées onze fois sur dix-sept, soit dans une proportion de 79 pour 100. Six fois, c'est-à-dire dans plus de la moitié des cas, la tumeur ne paraissait pas avoir dépassé la muqueuse vésicale. C'est donc un élément de pronostic

¹ *Loc. cit.*

² *Revue de Hayem*, 1896.

important, très précoce, et qui, plus que tout autre, devrait régler les indications opératoires. Dans l'observation de M. Bérard, les lymphatiques étaient également pris; aussi la récédive n'a-t-elle pas tardé.

L'examen de onze cas d'Albarran démontre que chaque fois le trigone était infiltré par le néoplasme ; une seule fois le sommet était pris, mais c'était une ulcération très vaste, de vieille date, et ayant envahi toutes les parties environnantes. On peut faire la même remarque pour le malade de M. Bérard.

C'est peut-être cette rareté relative de la propagation ganglionnaire dans les tumeurs du sommet qui explique ce fait constaté par Fink, que la partie supérieure et les parois latérales sont les régions où les cancers récidivent le plus tard. Il y aurait lieu de faire sur ce point de nouvelles recherches.

Tous ces motifs : facilité de l'opération, possibilité d'intervenir sans crainte de complications rénales, absence relative d'infection lymphatique rendent compte de la prédilection des chirurgiens pour les vastes résections de la région supérieure de la vessie.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

OBSERVATION I, Volkmann (Résumée).

(Terrier et Hartmann, myomes de la vessie, *Revue de chirurgie*, 1895).

C. K..., cinquante-quatre ans, professeur. Cystite depuis Pâques 1874. Apparition pendant l'été de la même année d'hématurie avec élimination de chairs fibreuses que l'examen histologique démontre être du myome.

Opéré le 30 novembre 1874. Taille périnéale médiane. Le doigt atteint la tumeur refoulée du bas par la pression sur la région hypogastrique, mais on ne peut arriver sur le pédicule qui s'insère au voisinage du sommet. Il faut recourir à la taille hypogastrique.

Le pédicule est extirpé à la pince de Museux. Lavage phéniqué, pansement phéniqué, drainage par la plaie périnéale.

Trois jours après, mort avec symptômes de péritonite.

A l'autopsie: péritonite.

OBSERVATION II, Thomson (résumée).

(Mémoire de Bazy, *Ann. génit.-urin.*, 1883).

H..., quarante-six ans. Cystite depuis l'été de 1881: hématurie depuis novembre de la même année.

Opéré le 3 novembre 1882. Masse volumineuse remplaçant la vessie, implantée près du sommet par un large pédicule.

La plus grande partie est enlevée à la tenette. Tube de drainage.
Mort le lendemain d'hémorragie.

OBSERVATION III, Thomson (résumée).

(Sabatier, *Revue de chirurgie*, 1885).

T. S..., cinquante-deux ans, malade depuis quatre ans.

Opération le 9 mai 1883. Tumeur molle naissant du sommet. On l'enlève jusqu'à sa base. Hémorragie abondante jusqu'au deuxième jour. Le malade devient fébrile et va s'affaiblissant peu à peu jusqu'au douzième jour où il meurt.

Nature de la tumeur : épithéliome.

OBSERVATION IV, Sonnenburg.

(Albarran, *Tumeurs de la vessie*).

Femme de soixante ans. Fibro-sarcome de la région antéro-supérieure. On résèque toute la région, excepté le col, le trigone et l'embouchure des uretères. Opération pénible, la vessie ne se laissant pas attirer dans la place abdominale, et après d'infructueuses tentatives de décollement, on dut inciser le péritoine qui est ensuite solidement suturé.

Double drainage par la voie abdominale et par l'urètre. Trois semaines après l'opération, l'état général de la plaie était satisfaisant; mais, deux semaines plus tard (cinq semaines), la malade, succomba aux progrès de la cachexie.

A l'autopsie, on constata qu'il s'était formé une nouvelle cavité vésicale limitée par le péritoine et susceptible de dilatation.

Sonnenburg ajoute que cette cavité aurait pu fonctionner, le sphincter vésical étant resté intact.

OBSERVATION V, Morris.

(Sabatier, *loc. cit.*, p. 189).

E. L..., quarante-sept ans, entre le 21 janvier 1884 à l'hôpital de Middlesex. Deux ans auparavant, opéré d'un calcul prostatique. Il y a un an, incontinence nocturne d'urine qui l'oblige à porter un urinal. Hématuries intermittentes, urines épaisses; au cathétérisme, pas de calcul.

Opéré le 23 janvier 1884. Taille périnéale médiane. Le doigt de l'opérateur introduit dans la vessie trouve sur la paroi postéro-supérieure une production molle, frangée, couvrant une surface égale à peu près à celle d'une couronne. Morris saisit cette tumeur avec une pince longue et droite, mais n'ayant pas de pince écrasante ou tranchante, il ne put, en fin de compte, terminer l'ablation. Drain de caoutchouc à travers la plaie périnéale.

Le 25 janvier, nouvelle anesthésie. La tumeur faisait saillie dans la plaie. Morris élargit la plaie à l'aide d'écarteurs, tira la tumeur au dehors, et, ayant posé sur la base une ligature au catgut, l'enleva d'un coup de ciseau. Grattage de la base à l'ongle.

Pendant la journée suivante, hématuries cédant à l'extrait liquide d'ergot de seigle donné toutes les quatre heures.

En mars, le malade disait se trouver absolument bien et être absolument guéri de ses souffrances.

Nature de la tumeur : polype villex.

OBSERVATION VI, Volkmann.

(Sabatier, *loc. cit.*, p. 585).

Homme de quarante-trois ans. La palpation bimanuelle par le rectum et la paroi abdominale avaient dévoilé une tumeur vers la

partie gauche de la vessie. Le 1^{er} juin 1880, après avoir fait la boutonnière périnéale, on trouva une tumeur de la grosseur d'une châtaigne attachée à la paroi supérieure de la vessie et à gauche par un pédicule de 7 à 10 centimètres de long et de la grosseur d'un gros fil à sutures.

Arrachement par torsion.

La guérison se maintenait un an après.

Nature de la tumeur : papillome.

OBSERVATION VII, Czerny.

(Albarran, *Tumeurs de la vessie*).

Homme de soixante-six ans. Epithélioma occupant tout le sommet. Taille hypogastrique, extirpation sous-péritonéale, par résection de la paroi ; suture de la vessie. Lavage et pansement iodoformé de la plaie abdominale. Sonde à demeure.

Survie, deux mois. La plaie abdominale fut fermée six semaines après l'opération. L'urine devait être évacuée toutes les vingt-cinq, trente minutes, car la sonde à demeure n'est demeurée en place que jusqu'au vingt-cinquième jour. Six semaines après l'opération, abcès périurétral, dépérissement et mort. Pas d'autopsie.

OBSERVATION VIII, Von Antal.

(Albarran, *loc. cit.*).

Homme de soixante et un ans. Cancer de la grosseur d'un poing d'enfant siégeant au sommet ; extirpation sous-péritonéale du tiers de la vessie ; suture de la plaie, excepté dans sa portion inférieure.

Survie, un an. Récidive au bout de six mois ; on sentait, sur la paroi antérieure, une petite élevation de la grosseur d'une noix. Mort un an après, pas d'autopsie.

OBSERVATION IX.

(Polaillon et Legrand, *Ann. des mal. gén.-urin.*, 1888.)

Femme de cinquante ans. Enorme tumeur du sommet à développement excentrique vers la cavité abdominale. On porte le diagnostic de tumeur fibreuse de l'utérus ou tumeur polykystique de l'ovaire. Mictions fréquentes, pas douloureuses, pas d'hématuries.

Laparotomie et ligature du pédicule comme pour l'utérus. La tumeur pesait 3200 grammes. Fistule urinaire consécutive à l'opération. Mort un mois après de tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION X, Marsch.

(Albarran, *Tumeurs de la vessie.*)

Femme de cinquante-cinq ans. Epithélioma du sommet de la vessie.

Taille hypogastrique. Résection intra-péritonéale, car la séreuse n'a pu être réclinée. Résection de 7 centimètres sur 5. Drainage.

Survie quarante-huit heures. Mort par hématurie. Localement, tout allait bien. Nature de la tumeur : épithéliome.

OBSERVATION XI, Helferich.

(Albarran, *Tumeurs de la vessie*, n° 211).

Homme de cinquante-trois ans. Epithéliome probable, ayant débuté depuis trois mois et se traduisant par hématuries et douleurs. Au cystoscope, on aperçoit une tumeur grosse comme une noisette sur la paroi postéro-supérieure.

Taille hypogastrique après résection partielle du pubis. Tumeur infiltrée dans la paroi vésicale. Résection de la paroi, suture du point d'implantation et de la plaie de la taille. Suture de la paroi abdominale avec drainage et tamponnement à la gaze iodoformée de la cavité prévésicale.

Reste parfaitement guéri deux ans après. A cette époque, la cicatrice vésicale vue au cystoscope est sans trace de récurrence.

OBSERVATION XII, Dittel.

(Albarran, *Tumeurs de la vessie*).

Homme de quarante et un ans. Grosse tumeur du sommet empiétant sur la paroi latérale droite, saillante en dehors de la vessie. On ne peut séparer le péritoine qu'on est obligé d'ouvrir. Résection de la paroi; suture du péritoine et de la vessie, sauf le passage du drain. Mort quarante-huit heures après. La suture vésicale tenait bien. Nature de la tumeur: épithéliome.

OBSERVATION XIII Guyon.

(Albarran, *Tumeurs de la vessie*, n° 21).

Homme de soixante-ans. Enorme épithéliome encéphaloïde occupant tout le sommet et descendant en arrière, au-dessus des urètres.

Opération palliative par taille hypogastrique. Guérison, fistulisation. Mort six mois après, de récurrence.

OBSERVATION XIV, Orillard (résumée).

(*Société anatomique*, décembre 1890).

D..., soixante-deux ans, commissionnaire. Cystite et hématurie depuis un mois.

Opération le 4 octobre 1890. Taille hypogastrique. Le péritoine est si épais que la cavité péritonéale est ouverte avec la vessie. On pratique un lavage du péritoine et on fait la suture. Opérateur, M. Horteloup.

Le lendemain, mort de péritonite.

Autopsie. — Péritonite aiguë.

La portion de péritonite qui se réfléchit sur la vessie présente 1 cm. 50 d'épaisseur.

Le sommet et les portions voisines portent une tumeur villeuse et irrégulière.

L'examen histologique montre : 1° que la tumeur est un épithéliome; 2° que l'épaisseur du péritoine est dû à la péritonite simple et non à une propagation néoplasique.

OBSERVATION XV Legueu (résumée).

(Société anatomique, 1894).

Ch..., cinquante-neuf ans. En novembre 1893 hématuries. Excellent état général, pas de cystite.

Opéré le 24 mai 1894. Taille hypogastrique, le péritoine est récliné en haut.

Le bistouri incise la vessie en cheminant en partie dans la plaque néoplasique. A l'ouverture, on reconnaît que la tumeur occupe tout le sommet de la vessie et les portions environnantes. Toute l'épaisseur de la paroi vésicale est infiltrée; il y a une limite nette entre le néoplasme et les parties saines.

Résection de la vessie sur l'étendue d'une pièce de 5 francs. environ. Sonde de Pezzer, suture à la vessie, drainage de la cavité prévésicale.

Le malade guérit simplement. Nature de la tumeur : cancer alvéolaire. L'examen histologique ne dénote pas l'invasion du tissu voisin.

M. le professeur Legueu a bien voulu nous donner des nouvelles de ce malade. Nous lui en exprimons ici notre gratitude.

L'opéré a joui d'une excellente santé jusqu'au mois de décembre 1898. A cette époque sont apparus des signes de récédive ; l'état général est encore excellent, et le malade est revenu à Necker pour subir une nouvelle opération.

OBSERVATION XVI

(Véliaminoff, *Ann. des mal. gén.-urin.*, 1897).

Femme de quarante-neuf ans. Hématurie et cystite depuis dix-huit mois.

L'exploration est rendue incomplète par le mauvais état général de la malade. Trois semaines de repos au lit lui donnent des forces suffisantes pour supporter l'opération.

Opération : Ponction et taille de Trendelenburg. La tumeur adhérent intimement au péritoine, on est obligé d'inciser ce dernier. Ligature de la portion vésicale intacte. Résection à 1 centimètre de la tumeur. Le moignon vésical comprenant le trigone, le col, les uretères et une partie de la paroi antérieure est suturée à la paroi abdominale. La partie excisée comprend les deux tiers de la vessie. Durée de l'opération : deux heures.

Nature de la tumeur : carcinome alvéolaire. Six semaines après, la plaie autour du moignon vésical est cicatrisée, la malade engraisse.

Un mois plus tard, Véliaminoff essaie de fermer la plaie hypogastrique, par lequel la plaie s'écoulait au dehors, mais ne réussit pas.

OBSERVATION XVII (résumée)

(Qahoubian, *Ann. des mal. gén.-urin.*, 1897.)

M. H..., quarante-cinq ans, portefaix. Soigné pour cystite depuis dix ans.

Opéré le 28 octobre 1896. Taille transversale. Le péritoine est péniblement disséqué et récliné. Tumeur dure et brillante, de la grosseur d'une orange occupant la paroi antéro-supérieure latérale droite, envoyant des prolongements irréguliers en diverses directions.

On énuclée ce qu'on peut de la tumeur, et le reste est enlevé par section de la paroi saine.

Suture partielle de la vessie à la paroi : drainage.

Le 26 décembre 1896, le malade urine par les voies naturelles : la fermeture du méat hypogastrique est obtenue en trois jours par des instillations d' AzO^3 Ag. à 2 pour 100.

Le 11 février, le malade sort guéri : la cavité vésicale peut contenir 250 grammes de liquide.

Le malade a été revu sept mois après en bonne santé.

Nature de la tumeur : fibrome pur.

OBSERVATION XVIII

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Bérard.)

D..., salle Saint-Philippe, n° 10; âgé de quarante-huit ans, cocher. Entre le 29 septembre 1898.

Antécédents : pas de syphilis, alcoolisme : 3 litres de vin, deux absinthes et deux ou trois petits verres par jour. Marié, pas d'enfants, femme bien portante.

Il y a un mois, brusque apparition de douleurs abdominales sans irradiations ni localisation spéciale. En même temps, vomissements alimentaires et constipation. Aucune modification dans les urines; les douleurs durent deux ou trois jours.

Huit jours après, hématuries sans cause apparente, en même temps les douleurs deviennent fréquentes et le malade entre à l'hôpital.

Actuellement, hématuries surtout prononcées dans la journée et cessant à peu près complètement la nuit, exagérées par les efforts et la marche. Les mictions s'élèvent à plus de cent par jour; les

premières gouttes d'urine sont légèrement teintées de sang, et cette couleur est conservée pendant toute la miction; à la fin, quelques gouttes de sang pur. Les besoins sont très impérieux et les mictions douloureuses à la fin.

Le jet d'urine est normal; pas d'interruption brusque.

Au palper abdominal, violente contraction de défense empêchant de rien sentir dans la région vésicale, qu'une zone d'induration mal limitée.

Toucher rectal : le bas fond est libre, mais il y a au-dessus une certaine rénitence.

Peu de données à l'exploration digitale et rectale combinées.

A l'explorateur de Guyon, on se rend compte que la distension de la vessie est douloureuse et difficile; la vessie ne tolère pas plus de 70 à 80 grammes, et cette distension amène une légère hémorragie.

Le cathéter de Guyon ne décèle aucun calcul dans le bas-fond, mais au niveau de la région antérieure et du sommet, le bec de l'instrument flotte sur une surface un peu rugueuse et mamelonnée assez étendue, qui donne au doigt une sensation caractéristique. Cet examen détermine un assez abondant suintement sanguin.

La cystoscopie n'est pas pratiquée; elle aurait été, d'ailleurs, assez difficile, par suite des hémorragies qui se produisent de temps en temps dans la vessie.

Le malade demandant à être débarrassé de suite, l'opération est décidée et pratiquée le matin du 30 septembre 1898, on se dispose à faire une cystostomie qui mettra la vessie au repos si l'ablation est impossible.

En conséquence, on fait une incision sus-pubienne ordinaire (7 à 8 centimètres) qui amène sur un globe vésical peu volumineux, mais de consistance très résistante. Le bistouri plonge dans la masse et enfonce de 2 ou 3 centimètres sans ouvrir la cavité. Il faut se reporter plus bas sur la vessie pour inciser en arrière des pubis. Alors, au doigt, on reconnaît que la tumeur du volume d'une orange a envahi tout le dôme vésical, mais que le bas-fond et le trigone sont encore libres. L'extirpation peut donc être tentée.

Pour se donner du jour, M. Bérard incise les insertions des

grands droits au niveau du pubis comme pour la taille de Trendelenburg, après avoir agrandi de chaque côté en T son incision cutanée. Le péritoine est assez facilement décollé au niveau de la face antérieure et des faces latérales jusqu'à l'insertion de l'ouraqué. A ce niveau, on l'incise après avoir bourré de gaze iodoformée la partie inférieure de la plaie et la cavité vésicale à la gaze iodoformée pour prévenir l'infection péritonéale.

Le péritoine ouvert, on peut explorer la face postérieure de la vessie sur laquelle on enlève une frange épiploïque qui y adhère. En arrière, le péritoine est fixé par la tumeur au muscle vésical. On arrive enfin à 4 ou 5 centimètres au-dessus de la prostate à une paroi souple au niveau de laquelle le clivage du péritoine par sa face postérieure est de nouveau possible.

De cette façon, une collerette péritonéale inférieure est délimitée qui est suturée à la collerette supérieure, d'abord par des points séparés, puis par quelques points en bise assurant l'exacte suture des extrémités. L'ablation de la tumeur vésicale peut dès lors être continuée en dehors du péritoine.

Elle est effectuée en faisant porter la section vésicale en un point de la paroi saine en dehors du néoplasme et en pinçant au fur et à mesure les vaisseaux qui donnent. Toutes les portions malades de la vessie sont ainsi enlevées, mais on se rend compte que, de chaque côté, et surtout à droite, partent des cordons blancs résistants, qui vont vers la prostate et du petit bassin, sans doute des lymphatiques envahis.

L'opération est terminée assez simplement, grâce aux incisions transversales ; les parois de l'abdomen sont invaginées en dedans et suturées exactement à la portion restante de la vessie.

L'urine a ainsi un libre écoulement au dehors et semble sourdre comme d'une cuvette.

Pansement de cystostomie.

Les fils sont enlevés le septième jour, et la place hypogastrique se rétrécit peu à peu pour acquérir, en fin de compte, les dimensions d'un simple méat sus-pubien.

A noter seulement des douleurs vésicales assez vives durant les

quarante-huit premières heures, du fait du tiraillement du bas fond vésical.

Les jours suivants, on peut remarquer que la cavité vésicale s'agrandissait, mais pourtant la miction ne s'est jamais effectuée par le canal urétral qu'accidentellement. On n'a jamais rien fait pour refermer l'orifice sus-pubien, car dans ces cas, comme le dit Poncet, si l'urine ne prend pas le chemin par elle-même, c'est qu'il y a quelques troubles d'excrétion nécessitant le méat hypogastrique.

Le malade sort le 29 novembre 1898, avec un appareil à méat hypogastrique. Pendant près d'un mois tout alla bien, malgré que l'amaigrissement continuât. Dans la dernière semaine de novembre, cependant, apparut un bourgeon récidive qui s'étendit assez rapidement pour avoir aujourd'hui le volume d'une noix. Cette récidive a donné un coup de fouet à la cachexie.

Nature de la tumeur : épithéliome.

OBSERVATION XIX (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le professeur Poncet).

Tumeur du dôme vésical. Hémorragie abondante.

Cystostomie sus-pubienne d'urgence.

Il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans, exerçant la profession de boucher, qui fut amené à l'Institut Saint-Louis par son médecin, le Dr Faucon, pour hématuries et accidents urinaires graves survenus dans les derniers jours.

M. Poncet pratiqua la cystostomie sus-pubienne d'urgence justifiée par des hématuries rebelles et des accidents de cystite contre lesquels tous les autres moyens avaient échoué. La vessie ouverte, il constata une tumeur étalée de la largeur de la paume de la main, ulcérée et occupant tout le dôme vésical. Cette tumeur en plastron donnait aux tuniques vésicales une épaisseur de 4 ou 5 centimètres. Nulle part de masse pédiculée. Toute ablation était

contre-indiquée, soit par l'état local, soit par l'état général du malade.

Après l'opération, les hématuries cessèrent, mais l'état général ne se modifia pas sensiblement, et le malade succomba huit jours après l'opération, les accidents septico-urémiques n'ayant pu être conjurés par cette intervention.

L'autopsie fut impossible.

CHAPITRE IV

APPRÉCIATION DES RÉSULTATS

Un premier fait se dégage de la lecture de ces observations : la rareté des tumeurs du dôme vésical ; c'est là d'ailleurs une notion depuis longtemps classique.

Déjà, en 1881, dans son mémoire pour le prix Civiale, Féré estimait leur fréquence à 2 pour 100 ; les relevés de Stein, Pousson, Sperling confirmaient cette donnée sans apporter de chiffre précis ; Albarran¹ sur 88 observations personnelles, en trouvait une de ce genre, et Finck pouvait en citer une autre sur 22 cas nouveaux.

En outre de celles que nous avons rapportées, nous aurions pu en rassembler une dizaine de plus qui ont été laissées de côté, soit parce qu'elles étaient des trouvailles d'autopsie, soit parce qu'on n'avait essayé aucun traitement.

D'autre part, on peut évaluer à un millier environ le nombre des observations qui nous ont passé sous les yeux à l'occasion de cette thèse et, sans établir de proportion fixe, cela suffit à montrer l'énorme prédominance des néoplasmes de la moitié inférieure.

Manuel opératoire. — La deuxième réflexion concerne l'insuffisance de la voie périnéale comme moyen

¹ Albarran, *loc. cit.*

d'approche des tumeurs situées dans le segment supérieur. L'observation I est très concluante à cet égard ; l'opération commencée par le périnée dut être continuée par la taille hypogastrique.

Il s'agissait d'un polype pédiculé ; à plus forte raison, aurait-on échoué si l'on avait eu affaire à un néoplasme sessile et surtout si au lieu de se borner au traitement palliatif, on avait voulu pratiquer une résection. Mais cette vieille querelle de la voie périnéale et de la voie hypogastrique est depuis longtemps vidée, et il est inutile d'y insister plus longuement.

Une question plus importante est celle de la résection sous-péritonéale ou intra-péritonéale. L'examen des résultats opératoires, à première vue, n'est pas favorable à cette dernière. Dans nos observations, on trouve 5 cas de résection extra-péritonéale (obs. de Czerny, VII ; von Antal, VIII ; Helferich, XI ; Legueu, XV ; Qahoubian, XVIII) ; avec 5 guérisons, contre 5 cas de résection intra-péritonéale (obs. de Sonnenburg, IV ; Marsch, X ; Dittel, XII ; Veliaminoff, XVII ; Bérard, XVIII) ; avec 3 morts (obs. IV, X, XII) auxquels on peut légitimement ajouter le malade d'Orillard (obs. IV), mort de péritonité le lendemain de l'opération, malgré qu'on n'ait pas fait de résection, soit 4 morts et 2 guérisons.

La supériorité de la résection sous-péritonéale paraît donc incontestable. Tout en acceptant cette conclusion, nous pensons que la voie intra-péritonéale n'est pas aussi meurtrière qu'on pourrait le supposer. On constatera d'abord que le malade de Czerny (obs. VII), bien qu'ayant eu une guérison opératoire, est mort deux mois après d'abcès péri-urétéral. L'autopsie n'ayant pas été

faite, le champ reste libre à toutes les hypothèses et on peut vraisemblablement rattacher cette mort à l'opération subie ; or, celle-ci avait été extra-péritonéale. En outre, l'analyse détaillée des cas mortels démontre que trois fois sur quatre l'exitus n'est pas dû à l'ouverture voulue du péritoine, mais à la faiblesse du malade, ou à des manœuvres intempestives de la part du chirurgien ; une seule fois (obs. XIV), la taille intra-péritonéale doit être rendue responsable.

A l'autopsie du malade de Sonnenburg (obs. IV), on ne trouva aucune trace de péritonite. La malade succomba épuisée par les souffrances antérieures et particulièrement par une hématurie de six mois ; sans doute, elle aurait survécu si elle eût été plus robuste.

Le malade de Marsch (obs. X) ne mourut pas davantage de péritonite, mais d'hématurie. A l'autopsie, on put constater que les sutures étaient en parfait état et le péritoine non infecté.

Reste le cas de Dittel (obs. XII). Clado¹ remarque à ce sujet qu'avant d'inciser le péritoine, l'opérateur s'était livré à des tentatives plus ou moins prolongées de décollement de la séreuse, tentatives pendant lesquelles des déchirures s'étaient très probablement produites. Et ce qui prouve qu'il a dû en être ainsi, c'est que les sutures de la vessie n'avaient cédé en aucun point ; par conséquent, l'infection péritonéale n'a pas éclaté par suite du relâchement des sutures et du passage de produits septiques dans la cavité abdominale.

A l'appui de ces considérations, Clado cite une obser-

¹ *Arch. gén. de médecine*, 1894.

vation de Kuester où ce chirurgien, cherchant à énucléer la vessie, déchira à deux reprises le péritoine, et le malade mourut de péritonite purulente.

La seule conclusion pratique à tirer de ces trois cas de mort n'est pas que la résection intra-péritonéale primitive est mortelle, mais plutôt la résection intra-péritonéale secondaire, si toutefois cette expression est juste. Lorsque le péritoine pourra facilement et sans efforts être détaché de la tumeur, il y a avantage à le récliner ; mais pour peu qu'il soit trop adhérent au sommet, et surtout si l'on découvre des traces de péricystite, il ne faut pas hésiter à réséquer, *avant la vessie*, la portion péritonéale suspecte, et à suturer au-dessus la portion saine.

Cette pratique est absolument sûre et a toujours été couronnée de succès. Jackson¹ a pu réunir soixante-sept cas de laparotomie, au cours de laquelle la vessie ayant été accidentellement ouverte, chaque fois que la plaie vésicale a pu être immédiatement reconnue et suturée, la réunion heureuse a été constante. De même, nos observations IV, XVII et XIX montrent que lorsque la plaie péritonéale a été fermée de prime abord et n'a pas été en rapport avec la plaie vésicale, il n'y a pas eu de complication opératoire.

La vessie étant ouverte et le néoplasme cureté ou réséqué, quelle conduite tenir ? Faut-il faire la suture totale de la vessie ou vaut-il mieux la laisser ouverte ? Question depuis longtemps agitée, et à laquelle on ne peut répondre par une formule unique.

Et d'abord, que nous disent les faits ? Sur huit obser-

¹ Cité par Clado, *eodem loco*.

vations où le mode de fermeture est indiqué, quatre fois la suture totale a été faite (obs. VIII, X, XIV, XV); les suites n'ont pas été très heureuses: l'un des malades est mort d'abcès péri-urétéral, l'autre de péritonite; deux fois seulement la guérison s'est effectuée sans incidents. Au contraire, quatre fois la vessie n'a pas été fermée et il n'est survenu aucune complication (obs. VIII, XVI, XVII, XVIII).

Un tel résultat ne doit pas nous surprendre; la suture de la vessie exige, pour être réalisable, un certain nombre de conditions qui ne se rencontrent pas toujours dans le cas de néoplasme. « Il faut d'abord, dit Bazy ¹, que la vessie soit saine et que la plaie vésicale ne puisse être infectée d'une façon quelconque, principalement par des urines septiques; dans le cas contraire, une fistule se produirait infailliblement. » Qui ne voit le danger de la production d'une fistule spontanée: c'est une voie ouverte à l'infiltration urinaire, cause fréquente de mort. La suture vésicale ne devra donc pas être tentée chez les vieux néoplasiques atteints le plus souvent d'une cystite avancée; on la réservera pour les malades dont le réservoir urinaire n'est que superficiellement enflammé.

Mais pour qu'elle soit rationnelle, il faut encore d'autres éléments, et nous les trouvons indiqués dans la thèse de Sorel ²: Il faut que la perte de substance ne soit pas trop vaste, et il faut surtout que l'on soit bien assuré de l'hémostase. Si l'on a à craindre une hémorragie secondaire, il faut suturer la vessie à la paroi et la drainer.

¹ *Gazette hebdomadaire*, 1892.

² Paris, 1893

Sinon, pour faire une hémostase nouvelle, il faudrait de nouveau ouvrir la vessie; on a plutôt fait de défaire un pansement.

Enfin, motif qui a bien son importance, la plaie opératoire restant ouverte, on peut intervenir à la moindre menace de péritonite et peut-être sauver ainsi le malade.

C'est pour toutes ces raisons que l'abouchement de la plaie vésicale à la plaie abdominale nous paraît être la solution de choix. On objectera peut-être que deux malades (obs. XVI-XVIII), chez qui on a suivi cette conduite, ont vu se produire une fistule; nous répondrons que ce fait ne provient pas de la suture de la paroi vésicale à l'abdomen.

En réalité, c'est qu'il devait y avoir, suivant la théorie soutenue par M. Poncet, chez ces malades un obstacle à l'excrétion urinaire. La persistance d'un méat hypogastrique a été pour eux un bien et se serait produite malgré la fermeture.

L'observation de Qahoubian (XVII) montre que, si la vessie fonctionne normalement, la fistule se ferme le plus aisément du monde.

VALEUR COMPARÉE DU TRAITEMENT PALLIATIF ET DU TRAITEMENT CURATIF

Les 19 observations que nous avons rassemblées se décomposent ainsi :

Tumeur de nature inconnue, 1 (obs. II);

Tumeurs bénignes, 5, dont 2 myomes (obs. I et IX),
2 papillomes (obs. V et VI) et 1 fibrome (obs. XVII);

Tumeurs malignes, 13, dont 9 épithéliomes (obs. III, VII, X, XI, XII, XIII, XIV, XVI, XVIII), 2 cancers (obs. VIII, XV), 1 fibro-sarcome (obs. IV) et 1 observation de tumeur infiltrée et, probablement, maligne, mais dont la nature n'est pas davantage précisée (obs. XIX).

Remarquons d'abord combien sont nombreuses les tumeurs malignes et rares, les tumeurs dites bénignes. Au sujet de la fréquence relative des unes et des autres, une grande confusion règne dans les chiffres donnés par les auteurs : Stein, Fère, Thomson, Von Antal disent que la majorité des néoplasmes appartient aux papillomes bénins, tandis que Dittel, Israël, Albarran et Guyon pensent que la plupart doivent rentrer dans le groupe des cancers. Ces contradictions s'expliquent parce que la classification des tumeurs de la vessie n'a été appuyée sur l'histologie qu'à une époque assez tardive ; longtemps on s'est contenté de l'examen macroscopique et certains ont étiqueté papillome vilieux ce que d'autres nommaient, avec plus de raison, épithéliome. Ce sont les recherches microscopiques qui ont conduit les auteurs plus récents à affirmer la prédominance des tumeurs malignes. On voit donc que notre petite statistique n'est pas une exception et rentre dans la loi générale.

Nous laisserons de côté les tumeurs bénignes, aussi bien serions-nous bien embarrassé de conclure à cause du petit nombre que nous en avons pu trouver. Sur cinq malades deux sont morts, l'un de péritonite (obs. I) datant de la période préantiseptique, l'autre de tuberculose pulmonaire (obs. IX), les trois survivants étaient en bonne santé trois

¹ Rapportés par Albarran (*Tum. de la vessie*).

mois (obs. V), sept mois (obs. XVIII), un an après (obs. VI). Il serait d'ailleurs étrange que les résultats obtenus pour l'ensemble de la vessie ne pussent être appliqués au sommet où sont réunies toutes les facilités opératoires. Aussi, nous contenterons-nous de renvoyer le lecteur au chapitre premier.

Les suites opératoires pour les treize tumeurs malignes se répartissent ainsi :

Cystectomies, 9; guérisons, 6 (obs. VII, VIII, XI, XV, XVI, XVIII); morts, 3 (obs. IV, X, XII), soit une mortalité brute de 33 pour 100.

Traitements palliatifs, 4; guérison, 1 (obs. XII); morts, 3 (obs. III, XIV, XIX), soit une mortalité de 80 pour 100.

A s'en tenir là on arriverait à cette proposition paradoxale que le traitement palliatif est plus grave que la cure radicale. Il est cependant incontestable que la taille hypogastrique, même suivie d'abrasion du néoplasme, est une opération de moindre choc que la cystectomie. Cette mortalité élevée trouve son explication dans le petit nombre de tumeurs de la région supérieure soumise au traitement palliatif pur et simple. La résection du sommet est chose si facile qu'il a fallu des raisons bien fortes pour décider le chirurgien à ne pas la faire; on ne s'est abstenu que chez des malades très gravement compromis et agonisants. Rien d'étonnant à ce qu'ils n'aient, dans ces conditions, pu résister même à cette intervention légère. D'ailleurs, les deux cas de mort datent l'un de 1883, l'autre de 1890; actuellement les deux opérés auraient eu des chances plus grandes de survie grâce au lavage du sang.

La même remarque peut être faite à propos des cystectomisés; les trois cas de mort sont relatifs à des sujets qui

figurent déjà dans les statistiques d'Albarran, c'est-à-dire qui remontaient à la première période de la cystectomie. Nous pensons que les cas malheureux tels que celui de Dittel (obs. XII) peuvent être évités par une technique éclairée par l'expérience (suture primitive du péritoine), et les autres dus à l'épuisement des malades, par des injections de sérum artificiel.

En résumé, la cystectomie de la moitié supérieure, qui ne comporte aucune des complications inhérentes à celle de la moitié inférieure, est une opération dont la mortalité doit aller en s'abaissant à l'avenir, grâce aux ressources de la chirurgie actuelle. De fait, tous les malades opérés depuis Dittel (obs. XV, XVI, XVII, XVIII) ont guéri.

Quel a été le bénéfice retiré par les survivants ?

Le malade de Guyon (obs. XIII) soumis au seul grattage du néoplasme, a succombé six mois après de récidence.

Les six malades cystectomisés survivants ont eu des survies variables. Le malade d'Helferich a été revu deux ans après sans récidence (obs. X). Celui de Legueu (obs. V) n'a vu la récidence se produire que quatre ans et huit mois après.

Celui de Von Antal (obs. VIII) est mort un an après, de récidence; celui de Czerny (obs. VII) a succombé d'abcès péri-urétral après six semaines de survie ; celui de Veliaminoff (obs. XVI) a été perdu de vue. Quant à l'opéré de M. le professeur agrégé Bérard (obs. XVIII), il a eu une récidence au bout d'un mois, et son état cachectique peut faire présumer sa mort prochaine.

En somme, sur ces 6 observations, 5 fois les suites éloignées sont connues. La moyenne de survie s'élève à 1 an et 7 mois. Telle quelle, elle est supérieure à celle de

14 mois indiquée par Fink pour l'opération palliative.

En réalité, il faudrait l'élever encore, le malade de Legueu n'est pas mort, non plus que celui de M. le professeur agrégé Bérard, et celui d'Ilferich a dû continuer à vivre encore quelque temps, si toutefois il n'a pas été guéri définitivement.

Quant à la récurrence précoce du malade de l'observation XVIII, elle trouve une explication naturelle dans ce fait que les lymphatiques étaient nettement atteints. On en tirera cette conséquence qu'il faudra, à l'avenir, rechercher d'une façon systématique l'état des vaisseaux lymphatiques émanés de la vessie et baser sur cette donnée les indications opératoires.

En résumé, si les cancers vésicaux de la moitié supérieure paraissent, après un examen sévère, être limités à la paroi, on pourra tenter de faire des cystectomies larges. La cure radicale a deux contre-indications : un état général par trop mauvais et l'infection lymphatique. Dans ces deux cas, il faudra recourir au traitement palliatif.

L'opération palliative de choix est, sans contredit, la taille hypogastrique suivie d'abrasion du néoplasme et de sa cautérisation au thermo. La thèse de Finck a montré les excellents résultats qu'elle donne. Mais elle n'est pas toujours possible. Quoique moins grave que la cystectomie, c'est encore une intervention d'une certaine importance et sa mortalité ne laisse pas d'être assez élevée. Malgré les injections sous-cutanées de sérum, on a quelquefois affaire à des malades tels qu'il serait téméraire de la tenter. Il faut alors recourir à une opération beaucoup plus bénigne : la cystostomie sus-pubienne de M. le professeur Poncet.

La cystostomie met la vessie au repos absolu ; on peut dire qu'elle la supprime en tant que réservoir urinaire et la transforme en simple lieu de passage, le seul fait de la poussée intestinale et de la tension intestinale suffisant en effet à expulser l'urine sans contraction des muscles vésicaux. Par là, elle peut procurer au malade une guérison symptomatique immédiate.

Elle améliore d'abord l'état général en faisant cesser les hématuries. C'est que les deux grandes causes d'hémorragie vésicale sont l'inflammation et la congestion et que l'ouverture de la vessie est toute-puissante pour les combattre. Tous les facteurs de congestion cessent ; plus de caillots dans la vessie, donc, plus de contractions vésicales et, la contraction cessant, la stase veineuse prend feu. La cessation des contractions a encore un autre résultat : la disparition des douleurs.

En outre, la cystostomie sus-pubienne agit en supprimant la rétention d'urine et en permettant l'enlèvement de ces caillots plus ou moins putréfiés et de ces lambeaux de tumeur sphacelés, cause permanente de cystite. Elle peut ainsi guérir l'infection vésicale.

Enfin, elle agit à distance sur le rein en prévenant l'infection ascendante et la résorption putride ; d'où moindre chance de pyonéphrose et en faisant cesser la congestion rénale réflexe qui est la première source de l'albuminurie et de la polyurie chez les vésicaux.

CONCLUSIONS

I. — Pour les tumeurs bénignes du dôme vésical comme d'ailleurs pour celles du reste de l'organe, l'indication est d'intervenir dès que le diagnostic est posé. Si le néoplasme n'a pas infiltré la paroi, on se contentera de faire la résection de la muqueuse vésicale ; si la musculuse est atteinte, on aura recours à la cystectomie partielle.

La récurrence n'est pas la règle.

II. — Pour les cancers du dôme vésical, la cure radicale par résection partielle de la paroi a fourni des résultats meilleurs que pour ceux du bas-fond. Le manuel opératoire en est simple, il n'y a pas à craindre de complications immédiates et il est à croire qu'à l'avenir la mortalité sera plus faible que par le passé.

On la réservera aux cancers limités : l'infection des lymphatiques est une contre-indication absolue.

III. — Lorsque le péritoine se détache facilement de la vessie, la cystectomie sera extra-péritonéale ; mais si par suite d'adhérences trop serrées (région de l'ouraque) la séreuse n'est pas facile à détacher, on fera une résection

intra-péritonéale d'emblée, avec suture primitive du péritoine.

IV. — La suture totale de la vessie après la cystectomie ne peut être faite que dans le cas de tumeurs récentes et de petit volume. Dans les autres cas, et surtout si l'hémostase est douteuse ou la cystite ancienne, il y a avantage de laisser la vessie ouverte en réunissant ses parois aux parois abdominales, comme dans la cystostomie sus-pubienne de Poncet.

V. — Lorsque la cure radicale est contre-indiquée, il faut recourir aux opérations palliatives : la taille hypogastrique suivie d'abrasion du néoplasme et de sa cautérisation au thermo est l'intervention de choix. Si cette dernière est rendue impossible, soit par la cachexie du malade, soit par l'étendue du néoplasme, on fera une cystostomie sus-pubienne pure et simple qui, mettant la vessie au repos, peut procurer une guérison symptomatique immédiate.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PONCET

Vu :

LE DOYEN,
LORTET

Vu et permis d'imprimer

LE RECTEUR,
G. COMPAYRÉ

BIBLIOGRAPHIE

On trouvera dans l'ouvrage d'Albarran la liste très complète de tous les travaux publiés avant le sien. Nous avons jugé inutile de recopier ses indications ; nous ne donnerons que la liste des ouvrages postérieurs.

- 1892 ALBARRAN, Les tumeurs de la vessie.
- 1893 VON FRISCH, Wiener medizinische Wochenschrift.
— Suture totale de la vessie, Sorel (thèse de Paris).
- 1894 GUYON, Annales des maladies des organes génito-urinaires,
p. 2.
— FENWICK, Brit. med. journal, 10 janvier.
— — Résection de la vessie pour épithéliome (London,
clin. Soc., 30 mars).
— CLADO, Résection de la vessie pour tumeurs (Archives générales de médecine).
— GUYON, De la symphyséotomie dans les tumeurs de la vessie
(Bulletin médical, 10 janvier).
- 1895 R. WEIR, Résection de la vessie pour épithéliome. Medical
record. (Analysé Annales des organes génito-urinaires,
p. 53).
— POUSSON, Intervention chirurgicale dans les tumeurs de la
vessie (9^e Congrès de chirurgie).
— FEUWICK, Note sur 70 observations de tumeurs de la vessie
(Brit. med. journal, 12 octobre).
— CLADO, Tumeurs de la vessie, Paris.
— GOLDBERG, Résection de la vessie (Centralblatt für Krank-
heiten der Harnleiter, t. IX).

- 1895 TERRIER et HARTMANN, Myomes de la vessie (Revue de chirurgie).
- ROCHET, Chirurgie des voies urinaires.
 - MICHON, Valeur de la taille hypogastrique (thèse de Paris).
- 1896 BENSA, Extirpation de la vessie pour cancer (thèse, Paris).
- LUCCIARDI, thèse de Bordeaux.
 - FINCK, thèse de Lyon.
 - KUESTER, Sur la résection de la vessie (25^e Congrès de chirurgie allemande).
 - DESNOS, De la désinsertion des muscles droits dans la taille hypogastrique (Annales des maladies des organes génito-urinaires, novembre, 1897).
 - SCHUCHARDT, Des tumeurs villeuses de la vessie (Archives für klin. Chirurg., Bd. III, Heft I, analysé in Revue de Hayem, t. XLVIII, p. 622).
 - POUSSON, Des néoplasmes de la vessie (Annales des organes génito-urinaires, mars 1897).
- 1897 GUYON, Sur les néoplasmes infiltrés de la vessie (Annales génito-urinaires, avril, 1897):
- TUFFIER, Extirpation totale de la vessie pour tumeur diffuse (Annales génito-urinaire, 1897, p. 130).
 - VELIAMINOFF, Résection partielle de la vessie cancéreuse (Annales des organes génito-urinaires, p. 876).
 - QAHOUBIAN, Fibrome de la vessie (Annales génito-urinaires, août).
 - ALBARRAN, Résultat de l'intervention dans les tumeurs de la vessie (Annales génito-urinaires).
- 1898 TUFFIER et DUJARRIER, Extirpation totale de la vessie, (Revue de chirurgie, avril).
- HOGGE, Extirpation totale de la vessie, de la prostate, etc. (Annales génito-urinaires, 1898).
 - WENDEL, Beiträge zur klin. Chirurg., Bd. XXI, Heft.
 - TURETTA, XIII^e Congrès de chirurgie italienne.
- 1899 HAHN, Du traitement des hémorragies vésicales rebelles par la cystostomie sus-pubienne (thèse de Lyon).

